

mi paciente es...

Una mujer con un nódulo de mama



Blanca Sancho Pérez
Servicio de Ginecología.
Hospital Universitario
12 de Octubre. Madrid.



Aurora Guerra Tapia
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario
12 de Octubre. Madrid.

Una mujer con un nódulo de mama acude a nuestra consulta y nos cuenta que a la edad de 58 años (ahora tiene 61) había consultado en otro hospital por presentar una lesión negruzca, bien delimitada, levemente sobreelevada en un costado (fig. 1). Sus médicos realizaron una biopsia-extirpación por rápido crecimiento, que en el momento de su resección alcanzaba unas dimensiones de 1,5 x 0,7 cm.

El estudio histológico de la pieza vino informado como melanoma de extensión superficial nivel II de Clark y 0,49 mm de espesor de Breslow, con marcada respuesta inflamatoria, sobre nevo melanocítico. Los bordes y el fondo de la lesión estaban libres de tumor. La paciente había sido sometida a seguimiento periódico posterior, sin incidencias.

La conocíamos, ya que en ocasiones había acompañado a su madre a las



Figura 1. Melanoma en costado.

revisiones que se le practicaban en nuestra consulta tras el diagnóstico y tratamiento de carcinoma de mama. A la paciente se le había realizado cribado mamográfico anual, indicado por seguir tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos, durante 7 años tras histerectomía con doble anexectomía por endometrioma ovárico bilateral, y sintomatología vasomotora florida posquirúrgica. La estrogénoterapia se suspendió a raíz del diagnóstico de melanoma, pero se había continuado con la realización de mamografías anuales. En las mamografías se observaba la presencia de un nódulo de bordes definidos, en la mama derecha, que con punción con aguja fina ecoguiada había sido catalogado de fibroadenoma, y que había permanecido estable en las sucesivas mamografías realizadas.

Habían transcurrido 2 años y medio desde el diagnóstico de melanoma, cuando en una de las revisiones que se realizaban a su madre, a la que acompañaba, nos comentó que estaba preocupada porque se había notado, al ducharse, la existencia de un nódulo en la mama derecha, y temía presentar, como lo había hecho su madre unos años antes, un carcinoma de mama. La mamografía anterior (realizada 10 meses antes) no había mostrado cambios y estaba pendiente de realización de otra en breve.

La exploramos, y se objetivó que efectivamente presentaba un nódulo duro en el cuadrante superoexter-

no de la mama derecha, de 2 x 2,5 cm, de consistencia semidura y bordes parcialmente mal definidos. La axila, desde el punto de vista clínico, era negativa. Se realizó mamografía, que nos informó de la existencia de formación nodular, ligeramente irregular, en el cuadrante superoexterno de la mama derecha, de nueva aparición en relación con la última mamografía (fig. 2). Se realizó también resonancia magnética mamaria para una mejor evaluación de la lesión, que mostró realce muy precoz de contraste, con curva de lavado temprano (sospechoso de malignidad), sin imágenes patológicas a nivel de la axila.

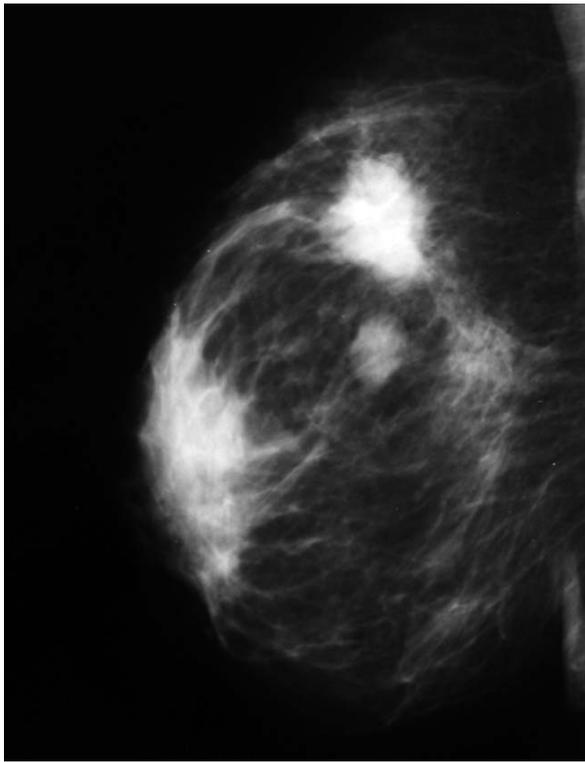


Figura 2. Mamografía.

Ante estos resultados tan poco tranquilizadores de las técnicas de imagen, y con vistas a plantear la cirugía definitiva, se realizó una biopsia con aguja gruesa en la consulta. Nuestra sorpresa fue

que la biopsia de los cilindros extraídos presentaba una neoformación con fenotipo congruente con melanoma. Solicitamos estudio de extensión, sin que se efectuaran hallazgos patológicos salvo el del mencionado nódulo de la mama. De acuerdo con la paciente, se decidió que, si la biopsia intraoperatoria del nódulo de mama confirmaba el diagnóstico de melanoma metastásico, no se realizaría más cirugía.

Finalmente, se realizó tumorectomía del nódulo de mama con biopsia intraoperatoria, que efectivamente confirmó el diagnóstico de melanoma metastásico de la biopsia anterior con aguja gruesa. Se trataba de un nódulo de 2,4 cm de eje máximo, que se amplió intraoperatoriamente para obtener amplios márgenes quirúrgicos. La paciente fue remitida al Servicio de Oncología, donde sigue revisiones desde entonces.

Las metástasis a mama desde tumores extramamarios son raras (suponen alrededor de un 2% de los tumores malignos de mama)^{1,2}. Los melanomas y los linfomas son la procedencia más común. Aunque infrecuentes, las metástasis mamarias de ellos pueden simular tumores primarios tanto clínica como radiológicamente. Conocer, antes de la intervención quirúrgica, su procedencia metastásica impedirá que se practique cirugía demasiado radical, que no mejoraría el pronóstico. La mayoría de los tumores metastásicos a mama pueden diagnosticarse mediante punción-aspiración con aguja fina o punción con aguja gruesa (sobre todo en pacientes diagnosticados previamente de tumor maligno), pero en algunos casos es necesario el estudio inmunohistoquímico para distinguir entre tumor primario o metastásico³.

Aproximadamente en un 20% de los pacientes que han padecido un melanoma maligno se desarrollarán metástasis (las localizaciones preferentes son hígado, pulmón y cerebro). Las metástasis a mama de los melanomas malignos son raras y aproximadamente en el 40% de las pacientes afectadas de tumor mamario, ésta es la primera manifestación de la enfermedad.

La mayoría de las pacientes que presentan metástasis de melanoma maligno en la mama son premenopáusicas^{4,5}. Normalmente se presentan en forma de nódulo solitario de rápido crecimiento en el cuadrante superoexterno, dando en la mitad de los casos algún síntoma de molestia o incluso dolor. La afectación ganglionar axilar se ha comunicado en entre un 25 y un 80% de los casos⁶. La afectación mamaria bilateral sólo se da en un 8% de los casos⁵. La localización primaria más común del melanoma que metastatiza a mama es la pared torácica superior y los miembros superiores (como es el caso de nuestra paciente), mientras que rara vez melanomas en miembros inferiores metastatizan a mama^{4,5}. El proceso de diseminación hacia la mama se cree que es por vía linfática directa, lo que explicaría por qué las localizaciones primarias más comunes son las procedentes de la mitad superior del cuerpo, y la frecuente afectación ganglionar axilar. El tiempo medio entre la presentación inicial del melanoma y el desarrollo de la metástasis mamaria es de 33 meses⁴. Durante el estudio de extensión tras el hallazgo de la metástasis a mama es frecuente encontrar metástasis en pulmón, hígado u otros tejidos subcutáneos^{4,5}. La supervivencia media tras el diagnóstico de la metástasis del melanoma en mama es de aproximadamente 10 meses⁴, y más del 80% de las pacientes

muere dentro del año siguiente⁵. Dado el pronóstico tan malo de la metástasis a mama del melanoma, el tratamiento más comúnmente aceptado es la escisión simple para el control local de la enfermedad^{4,5}, seguido de quimioterapia sistémica de naturaleza puramente paliativa⁷.

El diagnóstico precoz del melanoma sigue siendo la mejor opción terapéutica para este tumor tan agresivo⁸, del que nuestra paciente se defiende, por ahora, con mediana fortuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alva S, Shetty-Alva N. An update of tumor metastases to the breast. *Arch Surg.* 1999;134:450-4.
2. Georgianos SN, Chin J, Goode AW, Sheaff M. Secondary neoplasms of the breast: a survey of the 20th century. *Cancer.* 2001;92:2259-66.
3. Alvarado Cabrero I, Carrera Álvarez M, Pérez Montiel D, Tavassoli FA. Metastases to the breast. *EJSO.* 2003;29:854-5.
4. Arora R, Robinson WA. Breast metastases from malignant melanoma. *J Surg Oncol.* 1992;50:27-9.
5. Hajdu SI, Urban JA. Cancers metastatic to the breast. *Cancer.* 1972;29:1691-6.
6. Toombs BD, Kalisher L. Metastatic disease to the breast: clinical, pathological and radiographic features. *AJR.* 1977;129:673-6.
7. Lee SM, Betticher DC, Thatcher N. Melanoma: chemotherapy. *Br Med Bull.* 1995;609-30.
8. Morales-Callaghan AM, Castrodeza-Sanz J, Martínez-García G, Peral-Martínez I, Miranda-Romero A. Correlation between clinical, dermatoscopic, and histopathologic variables in atypical melanocytic nevi. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99(5):380-9.